Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10/09:43 Desc: Main

IF YOUR CLAIM IS LISTED HERE, ONE OR MORE OF THE DEBTORS ARE SEEKING TO DISALLOW YOUR CLAIM BECAUSE THEIR RECORDS SHOW THAT YOUR CLAIM IS DEFICIENT.

| NAME                      | CLAIM#  | DATE FILED   | DEBTOR  | ASSERTED CLAIM AMOUNT   |
|---------------------------|---|--|---|---|
| Irizarry Vargas, Javier A | 74697   | 6/29/2018  | Employees Retirement System of the Government of the Commonwealth of Puerto Rico  | \$27,811.05   |
| Reason:                   | System of the G<br>basis or support<br>Retirement 5 /51 | overnment of t<br>ting documenta<br>tem of the Gove<br>unable to dete<br>rement System | rt liabilities associated with the Em<br>he Commonwealth of Puerto Rico,<br>tion for asserting a claim against the<br>ernment of the Commonwealth of<br>rmine whether claimant has a valid<br>of the Government of the Common<br>tors | he Employees<br>Puerto Rico, such that<br>d claim against the |

SI SU RECLAMO ESTÁ INCI UIDO AQUÍ, UNO O MÁS DE LOS DEUDORES SOLICITAN QUE SU RECLAMO SEA RECHAZADO, PUESTO QUE LOS DATOS INDICAN QUE SU RECLAMO ES DEFICIENTE.

| NOMBRE                       | N.º DE<br>RECLAMACIÓ N   | FECHA DE<br>PRESENTACIÓN   | DEUDOR  | MONTO DE LA<br>RECLAMACIÓN ALEGADA |
|------------------------------|--|--|---|------------------------------------|
| Irizarry Vargas, Javier<br>A | 74697  | 6/29/2018  | System of the Government of the CommonwealL1 of Puerto Rico | \$27,811.05                        |
| Base para                    | Asociadas cor el<br>Asociado de l'ue<br>respaldo para fo<br>Deudores no au<br>Sistema de Retir | Sistema de Retiro<br>erto Rico, pero no p<br>ormular una reclan<br>eden determinar s<br>ro de los Empleado | nación contra dicho sistem<br>i el reclamante tiene una r   | tos ni la documentación de         |

Copies of the Omnibus Objectic 1 and all other filings in the Title I | Cases are available free online at <a href="https://cases.primeclerk.com/nuertorico">https://cases.primeclerk.com/nuertorico</a>. If you have questions, please contact Prime Clerk LLC at (844) 822-9231 (toll free for U.S. and Puerto Rico) or (646) 486-7944 (for international callers), available 10:00 a.m. to 7:00 p.m. (Atlantic Standard Time) (Spanish available).

Copias de la Objeción global, y edos los escritos radicados en el marco de las causas conforme al Título III, están disponibles, de nanera gratuita, en https://cases.pr/meclerk.com/puertorico. Si tiene alguna pregunta, comunic nese con Prime Clerk LLC llaman do al (844) 822-9231 (número gratuito para Estados Unidos y Puerto Rico) o (646) 486-7944 (para llamadas desde el extranjero), disponible entre las 10:00 a.m. las 07:00 p.m. (AST) (bablamos español).

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 2 of 30

Tribunal de radicación de causas, podra radicar y notificar una réplica por correo postal dirigida a la Secretaría del Tribunal, a la Junta de Supervisión y al Comité de Acreedores a las siguientes direcciones:

Secretaría (*Clerk's Office*) Tribunal de Distrito de los Estados Unidos Room 150 Federal Building San Juan (Puerto Rico) 00918-1767

Abogado de la Junta de Supervisión (Counsel for the Oversight Board) Proskaner Rose LL1

Eleven Times Square

Nueva York, Nueva York 10036-8299

A/A: Martin J. Bienenstock

Brian S. Rosen

Abogado del Comité de Acreedores (Counsel for the Creditors'

Committee)

Paul Hastings LLP

200 Park Avenue

Nueva York, Nueva York 10166

A/A: Luc A. Despins

James Bliss

James Worthington

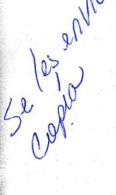
G. Alexander Bongartz

SU RÉPLICA deberá enviarse para que se reciba por la Secretaría, la Junta de Supervisión y el Comité de Acreedores a más tardar a las 04:00 p.m. (AST) del 14 de enero de 2020, salvo extensión por escrito por parte del ELA, la ACT o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite.

Si no puede radicar y notificar una réplica en línea o por correo postal, según se especificó anteriormente, podrá radicar una réplica en persona en la siguiente dirección a más tardar a las 04:06 p.m. (AST) del 34 de enero de 2020, saivo extensión por escrito por parte del ELA, la ACT o el SRE o previa solicitud por escrito dirigida al Tribunal y una orden del Tribunal que extienda la fecha límite:

Secretaria (Clerk's Office)

Tribunal de Distrito de los Estados Unidos



ed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Case:17-03283-I

UNITED STATES DISTRICT COURT FOR THE LISTRICT OF PUERTO RICO / TRIBUNAL DE DISTRITO DE LOS ESTADOS UNIDOS PARA EL DISTRITO DE PUERTO RICO

| F(II<br>Ller | in this information to identify the cas<br>e esta información para identificar el caso   | (Select only one<br>selectione solo un | Debtor per claim form<br>deudor por formulario co |     | clamación).                    |
|--------------|--|--|---|-----|--------------------------------|
|              | Commonwealth of Puerto Rico E! Estado Libre Asociado de Puerto Rico  |  | Case No. 17-bk-03283                              | 11: | Petition Date:<br>May 3, 2017  |
| Ū            | Puerto Rico Sales Tax Financing Corporation<br>La Corporación del Fondo de Interés Apren   | (COFINA)<br>nte de Puerto Rico         | Cade No. 17-bk-03284                              |     | Petition Date:<br>May 5, 2017  |
| ۵            | Puerto Rico Highways and Transportation At<br>La Autoridad de Carreteras y Transportación  | hority<br>to Puerto Rico               | Case Nr. 17-bt-03567                              |     | Petition Date:<br>May 21, 2017 |
| A            | Employees Retirement System of the Govern<br>Commonwealth of Puerto Rico<br>El Sistema de Retiro de los Empleados del G<br>Libra Asociado de Puerto Rico |  | Case No. 17-bк-03566                              |     | Petition Date:<br>May 21, 2017 |
|              | Puzrto Rico Electric Power Authority<br>La Autoridad de Energia Eléctrica de Puerto  | Rico                                   | Case No. 17-bk-04780                              |     | Petition Date.<br>July 2, 2017 |

## Modified Official Form 410 / Formulario Oficial 410 Modifiedo

## Proof of Claim / Evidencia de reclamación

request for payment of an administrative expense, other than a claim entitled to administrative pursuant to 11 U.S.C. § 503(b)(3). Make such a request according to 11 U.S.C. § 503.

Filers must leave out or redact information that is entitled to privacy or subject to confidentiality of this form or on any attached documents. Attach redacted

Read the instructions before filling out this form. This form is for making a claim for payment in a Title III case. Do not use this form to make a

copies of any documents that support the claim, su has promissory notes, purchase orders, invoided itemized statements of running accounts, contracts, judgments, mortgages, and security agreements. En not send original documents; they may be decroyed after scanning. If the documents are not available, explain in an attachment.

virtud del Título III. No utilice este formulario pera solicitar el pago de un gasto administrativo que no sea una reclamación que reúna los requisãos para ser tratada como prioridad adm histrativa conforme al Título 11 § 503(2) (9) de U.S.C. Ese tipo de solicitud debe realizarse de confor a dad con el Título 11 § 503 del U.S.C.

Lea las instrucciones antes de completar este 1 imulario. Este formulario está diseñado para realizar una reclamación de pago en un caso en

Quienes cresenten la documentación deben on dir o editar información que reil valos requisites para ser tratada con privacidad o confidencialidad en garantías. No adjunte documentos criginales, ye que es posible que los documentos adjuntos 🕏 estruyan luego de analizarlos. En caso de que los documentos no estén disponibles, explique los mo vos en un anexo.

este formulario o en cualquier otro documento adjunte. Adjunte copias editadas de qualquier otro documento que respalde la reclamación, tales como pagarés ordenes de compra, facturas, balances o taltados de cuentas en funcionamiento, contratos resoluciones judiciales, hipotecas y acuerdos de

Fill in all the information about the claim as of the Petition Date.

Completa toda la información acerca de la recia nación a la fecha en la que se presentó el dade.

Identify the Claim I Identificar la reclamación Who is the current cred or? ¿Quián es el Name of the current control (the person or entity to be paid to this claim) acreedor actual? Nombre al acreedor a sual (la persona o la entidad a la que so la pagará la Other names the creation upod with the debtor Otros nombres que el preedor seá con el deudor

Modified Official Form 410

Proof of Claim

pag

|    | Case:17-03283-L   | TS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main  |
|----|---|--|
|    | 4.  | Document Page 4 of 30  |
|    |   |  |
| ٤. | Has this claim been acquired from comeone else?   | No ! No  Yes. From whor :?  Si ¿De quién?  |
|    | ¿Esta replamación<br>se ha paquirido de<br>otra persona?  |  |
| 3. | Where should notices and payments to the creditor be sent?  | Where should notices to the creditor be sent?  ¿A dónde deberíar enviarse las notificaciones al acreedor?  Where should payments to the creditor be sent?  (if different)  ¿A dónde deberíar enviarse los pagos al acreeu r? (En caso de que sea diferente)  |
|    | Federal Rule of<br>Bankruptcy Procedure<br>(FRBP) 2002(g)   | Javier A. Irizarry Vargo Javier A. Irizarry Name / Nombre  |
|    | ¿A dende deberían<br>enviarse las<br>notificaciones al<br>acreedor?   | HC / Box 10107  Number / Número : veet / Calle  Number Número Street / Calle  Sea Substitute P. P. 2000 216  |
|    | Norma (~Caral del proce il miento de quiebla (FRBP, por sus) las en inglés)   | City / Ciudad State / Estado ZIP Code / Codigo postal  787-454 - 6573  Contact phone / Teléfon de contacto  Contact phone / Teléfon de contacto  |
|    | 2002(g  | pavier - iri: arry Q Yahoo Com jaurier - irizarry Q Yahoo com .  Contact email / Correo electrónico de contacto Contact email / Correo electrónico de contacto   |
| 4. | Does this claim amend one already filed?  | Ճ No / No ☐ Yes. Claim nur ber on court claims registry (if known)   |
|    | ¿Esta reclamación es<br>una enmienda de otra<br>presentada<br>anteriormente?  | Sí. Número de reclamación en el registro de reclamaciones judicioles (en caso de saberlo)  Filed on / Presentade el (Napodyyyy) / (DD/MM/AAAA)   |
| 5. | Do you know if anyone<br>else has filed a proof of<br>claim for this claim?   | No / No     ☐ Yes. Who made the earlier filling?     Si. ¿Quién nixt la reclamación anterior?  |
|    | ¿Sabe si alguien más<br>presentó una evidencia<br>de reclamación para<br>esta eclamación?   |  |
|    |   | ive Information A out the Claim as of the Peution Vate<br>omplete toda la información acerca de la registración desde la fecha en la que se presentó el caso.  |
| 6. | Do you have a claim   | A CONTRACTOR OF THE PARTY OF TH |
|    | agains: a specific agency<br>or department of the<br>Commonwealth of Puerto<br>Rico?  | Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://coses.primecles/com/puertore-//.)  |
|    | agains) a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?  ¿Tiene una reclamación en contra ue algún organismo departamento especifico del Estado Libre Asociado  | Yes. Identify the agency or department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://coses.primecless.com/puertors.ch.)  Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Prento Rico está disponible en: https://wises.primeclerk.com/puertorico/).   |
| 7. | agains) a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?  ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento especifico  | Yes. Identify the agency of department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://coses.primeclerk.com/puertors.c/.)  Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Prento Rico está disponible en: https://coses.primeclerk.com/puertorico/).  Sis temas de Prento Rico está disponible en: https://coses.primeclerk.com/puertorico/).  Sis temas de Prento Rico está disponible en: https://coses.primeclerk.com/puertorico/).  Sis temas de Prento Rico está disponible en: https://coses.primeclerk.com/puertorico/).  |
| 7. | agains) a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?  ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento especifico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?  Do you supply goods and / or services to the  | Yes. Identify the agency of department and contact name. (A list of Commonwealth of Puerto Rico agencies and departments is available at: https://coses.primecless.com/puertorco/.)  Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Prerto Rico está disponible en: https://www.ses.primeclerk.com/puertorico/).  Sistema Pietro de los Englicado del Carbreno de Puerto.  No / No  |
| 7. | agains) a specific agency or department of the Commonwealth of Puerto Rico?  ¿Tiene una reclamación en contra de algún organismo o departamento especifico del Estado Libre Asociado de Puerto Rico?  Do you supply goods and for services to the government?  ¿Proporciona bienes y for departamento de puerto Rico? | Yes. Identify the agency of department and contact name. (A ist departments is available at: https://coses.primeclescom/puertorox/.)  Si. Identifique el organismo o departamento y nombre del representante. (Una lista de agencias y departamentos del Estado Libre Asociado de Pierto Rico está disponible en: https://www.ses.primeclerk.com/puertorico/).  Sistema Pierto de los Englicado del Coobreno de Puerto Rico está disponible en: https://www.ses.primeclerk.com/puertorico/).  Sistema Pierto de los Englicado del Coobreno de Puerto Rico está disponible en: https://www.ses.primeclerk.com/puertorico/).  Sistema Pierto de los Englicado del Coobreno de Puerto Rico está disponible en: https://www.ses.primeclerk.com/puertorico/).   |

# 

| 8. How much is the claim?  | \$ 27,81   | . Does this amount include interest or other charges?  |
|--|--|--|
| 3. How mach is the stain.  | THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUMN TW | ¿Este importe incluye inteleses u otros cargos?  |
| ¿Cuá¹ ∉s el importe de₁la  |  | ☐ No / No  |
| reclamación?   |  | Yes. Attach statement it mizing interest, fees, expenses, or other   |
|  |  | charges required to Bankruptcy Rule 3001(c)(2)(A).   |
|  |  | 51. Adjunte un calanda y in intereses detallados, honorarios,<br>gastos u otros cargo exigidos por la Norma de Quiebras  |
|  | i  | 3001(c)(2)(A).   |
| 3  |  |  |
| 9. What is the basis of the  | Examples: Goods:   | id, money loaned, lease, services performed, be sonal injury or wrongful death, or credit card.  |
| claim?   | Attach redacted co.  | es of any documents supporting the dain, required by Bankruptcy Rule 3001(c). Limit to that is entitled to privacy, such as health care information.   |
| Cuál as al   | AND A STATE OF THE PARTY OF THE |  |
| ¿Cuál es el fundamento de la   | Por ejemplo: Venta   | ue bienes, préstamo de dinero, arrendamiento prestación de servicios, lesiones personales u  |
| reclamación?   | homicidio culposo.   | tarjetas de crédito. Adjunte copias editadas de atalquier documento que respalde la<br>e a lo exigido por la Norma de Quiebras 3001 contrata la divulgación de información que                         |
|  | retine los requisitos  | para ser tratada con privacidad, tal como informal ión sobre atención médica.  |
|  | 4  |  |
|  | // / '   | () do Holis  |
|  | Jondacun   | Ocumidada de Ketero  |
| a a series and a s |  |  |
| 10. Is all or part of the claim  | No / No  |  |
| secured?   | Yes. The claim   | secured by a lieu on property.   |
| ¿La re damación está   | Si. La reclama:  | ാം está garantizada por un derecho de retencióng obre un bien.   |
| garant zada de manera  | Nature o   | property / Naturaleza del bies:  |
| total o parcial?   |  | vehicle / Vehículos  |
|  |  |  |
|  | · 🔲 Othe   | Describe:  |
|  | Otro.  | Describir:   |
| 9  | Basis for  | perfection / Fundamento de la realización de la risos adicionales:   |
|  | 240.0  |  |
|  |  |  |
|  | Attach re  | acted copies of documents, if any, that show evidence of perfection of a security interest (for a mortgage, lien, certificate of title, financing statement, or other document that shows the lien has |
|  |  | or recorded.)  |
|  | Adjunte (  | pojas editadas de documentos, si los hubiere, que demuestre la realización de pasos adicionales  |
|  | para hac   | r valer un derecho de garantía (por ejemplo, uha lipoteca, un derecho de retención, un   |
|  | certificac   | de propiedad, una declaración de financiamiento u otro documento que demuestre que se ha   |
|  | presenta   | o o registrado un derecho de retención.  |
|  | Value of   | noperty / Valor del bien: 5  |
|  |  | of the claim that is secured /   |
|  |  | e la recismación que está garantizado: \$  |
|  |  |  |
|  |  | of the claim that is unsecured / le la reclamación que no está garantizado: \$   |
|  | (The sun   | of the secured and unsecured amounts should match the amount in line 7.)   |
|  | (La suma   | del importe garantizado y no garantizado debe concidir con el importe de la línea 7.)  |
|  | Amount   | ecessary to cure any default as of the Petition Date /   |
|  | Importe  | ecesario para compensar toda cesación de pago a la fecha que se presentó el caso : \$  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  | terest Rate (on the Pelition Date) Interes anual (cuando se presentó el caso)  |
|  |  |  |
|  | ☐ Vosic  | la / Variable  |
| 2  | , u varia  | 13 / Validole  |
| ,  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | <b>-</b>   |  |
| 11. Is this claim based on a   | No / No  |  |
| lease?   | Yes. Amount  | ocessary to cure any default as of the Petition Date.  |
| ¿Esta reclamación está   | Sí. Importe no   | esario para compensar toda cesación de pagr a partir de la que se presentó el caso\$   |
| basada en un   |  |  |
| arrendamiento?   |  | Proof of Claim page 3  |
| Modified Official Form 410   |  | Proof of Claim page 3  |

### ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

27 de junio de 2018

Agencia: 349 - MUNIC!PIO MOCA

JAVIER IRRIZARY VARGAS URB EL PEPINO CASA B66 CALLE # 2 MOCA, PR 00676

A base de la información en nuestros registros, al 27 de junio de 2018 usted posee:

Fecha de Nacimiento: Fecha de Ingreso al Servicio Público: 01 de febrero de 2000

Fecha de Comienzo de Cotización: 01 de febrero de 2000

Género: Masculino

#### Ley R2000 al 30 de junio de 2013

Años Acreditados:

13.02

Aportaciones:

\$15,682.23

Intereses:

\$1,641.42

Gastos Teneduría:

(\$75.47)

Total Aportaciones:

\$17,323.65

SNC Pagado:

\$0.00

SNC Tiempo:

0.00

Beneficio:

\$0.00

#### Ley 3 al 30 de junio de 2017

Tiempo Trabajado:

17.02

Seguro Social: XXX-XX

Aportaciones:

\$23,804.98

Intereses:

\$4,006.07

Gastos Teneduría:

\$0.00

Total Aportaciones:

\$27,811.05

Beneficio

\$0.00

Es importante destacar que el Balance de la Aportación Individual reflejada es la acumulación de la cantidad aportada a Retiro a la fecha de la última nómina procesada en el Sistema. Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá cor unicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia o Municipio. Además, puedes acceder esta información a través de la sección Servicios en Línea del Portal de Internet de Retiro: http://www.retiro.pr.gov.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, debeta solicitar un Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Coordialmente,

Unidad de Estado de Cuenta Área de Participantes



| *   |  |
|---|--|
| . Is this claim subject to a right of setoff?   | MY Yes. Identify the roperty Aportacious on Plan de Retiro   |
| ¿La reclamación está<br>sujeta a un derecho de<br>compensación?   | Si. Identifique el bien: Aportaciolo del Plan de Keturo  |
| Is all or part of the claim entitled to administrative priority pursuant to 11 U.S.C § 503(b)(9)?   | Yes. Indicate the amount of your claim arising from the value of any goods received by the debtor within 20 days before the Petition Date in these Title III case(s), in which the goods have been sold to the debtor in the ordinary course of such debtor's business. Attach documentation supporting such data.   |
| o parcial, cumple los<br>requisitos para ser<br>tratada como prioridad<br>administrativa<br>conforme al Titulo 11 §<br>503(b/9) del U.S.C.? | Sí. Indique el importe de la reclamación que surge del valor de cualquier bien recibido por el ceudor centro de los 20 días anteriores a la fecha de inicio en estos casos del Título III, en el que los bienes se han vendido al deudor en el transcurso normal de los segocios del deudor. Adjunte la documentación que respalda dicha reclamación.  |
| art 3 / Parte 3:  | Sign Below / Fin. ar a continuación  |
| he person completing<br>his proceed claim must<br>ign and date it.<br>RBP 9011(b).  | Check the appropriate box / Marque la casilla correspondiente:  I am the creditor. / Soy el acreedor.  I am the creditor's attorney or autorized agent. / Soy el abogad o agente autorizado del acreedor.  |
| you file the claim<br>lectronically, FRBP<br>005(a)(2) authorizes<br>ourts to establish local<br>iles specifying what a                     | <ul> <li>I am the trustee, or the debter, or their authorized agent. Bankrup by Rule 3004. / Soy el síndico, el deudor o su agente autorizado. No ma de quiebra 3004.</li> <li>I am a guarante, surety, endorser, or other codebtor. Bankrup to codeudor. No ma de quiebra 3005.</li> </ul>  |
| gnature is.  a persona que complete sta evidencia de  | I understand that a authorized signature on this <i>Proof of Claim</i> set us as an acknowledgment that when calculating the amount of the paim, the creditor gave the deficor predit for any payments received toward the debt.  Comprendo que us a firma autorizada en esta <i>Evidencia de reclamación</i> se considera como un reconocimiento de que al calcular el impos e de la reclamación, el acreedor le proporcionó al deudor crédito para todo pago recibido para |
| indicar la fecha.<br>RBP 90,11(b).<br>i presenta esta reclamación<br>e manera electrónica, la   | I have examined in amformation in this Proof of Claim and have a reasonable belief that the information is true and correct.   |
| BBP 5005(a)(2) autoriza al<br>bunal a sstablecer normas<br>cales para especificar qué<br>e considera una firma.                             | He leido la información en esta Evidencia de reclamación y tengo inclivos razonables para suponer que la información es verdadera y correcta.  I declare under penalty of perjury that the foregoing is true and correct. / Declaro bajo pena de perjurio que lo que antecede es verdadero y correcto.   |
|   | Executed on date jacutadael june/27 /2018 (MM/DZ YYY) / (DD/MM/AAAA) 06/27/2018  Signature / Firm  |
|   | Print the name of the person who is completing and signing this daim / Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona que completa y firma esta reclamació.  |
|   | Name  Savier Antonio — L'izarry  Institute l'enter nombre Middle nome / Segui lo nombre Last name / Appellido  Considerado Oleuna Triscomo Municipio de Moca   |
|   | Company / Compañi.  doubtry the comparate servicer as the company if the authorized agent is a servicer.  dentifique ai rendudador conporativo como la compañia el agente autorizado es un recaudador.   |
|   | Address / Dirección  Calle Calazari dassalle  Mora  P.R. 00674   |
|   | . Contact phone / Telefono de contacto 787 - 977 - 2233 Email Correo electrónico C † de Moca & Mahoo (   |

Proof of Claim

Jal page 4

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main

# Gobierno de Puerto Rico Municipio de Moca

# Departamento de Recursos Humanos

#### CERTIFICACION

Yo, David A. Cabán Romero, Director de Recursos Humanos del Municipio de Moca, **CERTIFICO** que las W2 incluidas son fiel y exacta a la original que figuran en nuestros archivos. Las copias se expiden a solicitud del Sr. Javier Irizarry Vargas. Estas copias no pueden ser reproducidas y deberán ser utilizadas para el propósito solicitado.

Para que así conste firmo la presente, hoy viernes, 10 de enero de 2020 en Moca, Puerto Rico.

Certifico Correcto,

David A. Cabán Romero

Director de Recursos Humanos





Apartado 1571 Moca, Puerto Rico 00676 /Tels. (787)877-2233 / Email. rechum.moca@gmail.com / moca.nominas@gmail.com

afeel

ano 2000

| . )         | NOCA "CAPITAL D<br>NOMBRE DEL<br>LER ANT D | EMPLEADO         | H<br>/ VARGAS                                  | NUMERO DEL SEGU | JRO SOCIAL                       |           | 065088           | FECHA DEL PERIODO 2/31/2000 |  |
|-------------|--|------------------|--|-----------------|----------------------------------|-----------|------------------|-----------------------------|--|
|             | INGRESOS                                   |                  |  | DEDUCCIONES     |                                  |           | CONTRIBUC        | CIONES                      |  |
| ESCRIPCION  | , HORAS                                    | · CANTIDAD       | DESCRIPCION                                    | CANTIDAD        | ACUMULADAS                       | TIPO .    | CANTIDAD         | ACUMULADAS                  |  |
| SAL         | 81.25                                      | 549.50           | Medicare<br>SESURO CH<br>MEDICAL O<br>COMPLETA | 7.97<br>7.50°   | 194.37<br>26.66<br>6.00<br>88.04 | SEG SOC.  | 34.07<br>32.61   | 831.24<br>778.71            |  |
|             | **************************************     | No.              | RETIRO 20                                      | 45.47           | 892.00                           | TO (AL:   | 66.68            | 1609.95                     |  |
| √75<br>E75  | 18.75<br>11.25                             | 150.00<br>191.25 |  |                 |                                  | FECHA DE  | EL CHEQUE        | NUM DEL CHÉQUE              |  |
|             |  | •                |  |                 |                                  | 12/22     | 72000<br>PAGO NE | 0065088 .<br>To             |  |
| GRESOS:     |  | 549.50           | DEDUCCIONES COR                                | RIENTES:        | 54.94                            | CORRIENTE | :                | 427.88                      |  |
| GRESOS ACUI | MULADOS:                                   | 13408.00         | DEDUCCIONES ACUI                               | MULADAS         | 1206.41                          | ACUMULADO | D: 1             | .0591.64                    |  |

año 2000

Jalet

Gobierno de Puerto Rico Municipio de Moca

# Departamento de Recursos Humanos

## Certificación

Certifico que el **Sr. Javier António Irizarry Vargas** con número de seguro social **XXX-XX**— es un empleado del Municipio de Moca el cúal se desempeña la función de Coordinador de Turismo como Empleado Regular. El mismo pertence al Sistema de Retiro de **Reforma 2000**. Durante los años 2001 y 2003 el empleado tuvo los siguientes descuentos por concepto del Sistema de Retiro según consta en el modulo de nómina:

Año

Descuento de Retiro

1 de Enero 2001 al 31 Diciembre de 2001

\$1,091.28

1 de Enero 2003 al 31 de Julio de 2003

\$658.00

Para que asi conste, firmo la presente hoy viernes 10 de Enero de 2020.

David A. Cabán Romero

Director de Recursos Humanos

Sello Official

Aparlado 1571 / Moca, Puerlo Rico 00676 Tels. (787)877-3390 / 2270 / 2233 \* Fax (787) 877-3560

| NOMBRE DELEI          | * | *    |
|-----------------------|---|------|
| MPLEADO<br>I IRIZARRY |   | CAMO |
| VARGAS                | I | 2002 |

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

|                    | INGRESOS    |           |                         | DEDUCCIONES |            | 0                | CONTRIBUCIONES |
|--------------------|-------------|-----------|-------------------------|-------------|------------|------------------|----------------|
| TOO TOO TOO        | HORAS       | CANTIDAD  | DESCRIPCION             | CANTIDAD    | ACUMULADAS | TIPO C           | CANTIDAD       |
| PSCHIPCION         | 81.255      | 568.00    | Medicare                | B.24        | 205.40     |                  |                |
| Ī                  |             |           | DAMPANA B               | 1.00        | 12.00      | SEG. SOC. 35     | 35.22 877.98   |
|                    |             |           | SEGURO CH               | 1.50        | 26.00      | CONT. 29         | 29.30 719.69   |
|                    |             |           | TRANS OFF               | 14 98       | 10.9p      | 39               | 1              |
|                    |             |           | מב הפודםם               | 47 00       | 1109-64    |                  |                |
|                    |             |           | LNIVERSAL               |             | 123.00     |                  |                |
|                    |             |           | PRESTAMO                |             | 170.24     | TOTAL: 64        | 64.52 157/.6/  |
| 75                 | 18.75       | 225.00    | PRESTAMO                |             | 170.32     | ביייון סבו כר    | <u> </u>       |
| י ת                | ת<br>ט<br>ט | 138.75    | F.L.A. AH               | 17.04       | 402,36     | FECHA DEL CHECOE | ECOE           |
| ີ                  |             | . (       |                         | 41.79       | 383.28     | 2002/02/21       | 20             |
|                    |             |           |                         |             |            |                  | PAGO NETO      |
| GRESOS:            | 1 2         | 368.00    | DEDUCCIONES CORRIENTES: | DRRIENTES:  | 151.55     | CORRIENTE:       | 9900.17        |
| GRESOS ACUMULADOS: | IMIII ADOS: | 114100.00 | DEDUCCIONES ACUMULADAS: | COMOLADAS:  |            | ACCIVIOLADO.     |                |



LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MUNICIPIO DE MOCA CUENTA NOMINA

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municipio de Moca CUENTA NOMINA

DEPOSITO DIRECTO

HREE HUNDRED SEVENTY-ONE DOLLARS AND 93 CENTS

ORDEN DE: PAGUESE A LA

HC-02 BOX 13305

ANTONI IRIZARRY VARGAS

PR 00676

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO Sucursal De Moca

101-201

FECHA DEL DEPOSITO 12/20/2002

9005266

NUM. DEL DEPOSITO 9005266

NON-NEGOTIABLE

# Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 12 of 30

| RIZARRY-VARG/S   Social Security Wages   Social Secu | ormulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO R orm 499R-2/W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA : 35: 05:02 COMPROBANTE DE RETEN | :O - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO:<br>TEPARTMENT OF THE TREASURY<br>ION - WITHHOLDING STATEMENT | INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO<br>DE HACIENDA<br>DEPARTMENT OF THE TREASLRY<br>INFORMATION | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL<br>SOCIAL SECURITY<br>INFORMATION                             |
|--|--|--|--|---|
| Moca PR 00676 Copia B para Planille 0.00 0.00    Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69   | LAVIER ANTONIO   |  |  |   |
| Moca PR 00676 Copia B para Planille 0.00 0.00  (3/8) Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69   | Apellido(s)-Sumame(s)  5 IRIZARRY-VARG/:S  | Softero Casado X<br>Single Married X   | 0.00   | 14160.00  |
| Moca PR 00676 Copia B para Planillo 0.00 0.00  (3/8) Númièro de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69  | Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailin HC-02 BOX 13305  | Spouse's Social Security No.   |  | 19 Seguro Social Retenido<br>Social Security Tex Withheld<br>877.98                             |
| Moca PR 00676 Copia B para Planille 0.00 0.00  (3/8) Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69   | MOCA PR 00676  | Employer's Ident No. (EIN)   |  | 20. Total Sueldos y Pro. Medicare<br>Medicare Wages and Tips<br>14160.00                        |
| Moca PR 00676 Copia B para Planille 0.00 0.00  (3/8) Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69   | 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address Municipio de Moca                         | Cost of Pension or Annuity   |  | 21. Contrib. Medicare Reterida<br>Medicare Tax Withheld<br>205.40                               |
| (3/8) Employer's Telephone Number Copy B for Employee's 719 69 en Propinas-Uncollected   | Apartado 15/1  ® Moca PR 00676   | Copia B para Plarille  | Reimbursed Expenses  |   |
| Tax Return   | Employer's Telephone Number Fecha Cierre de Operaciones  | Copy B for Employee's  | 719.69   | 23. Seguro Social no Retanido<br>en Propinas-Uncollected<br>Social Security Tex on Tips<br>0.00 |
| Nimero Control Control Number  | Número Control - Control Number  | Año: 2002  | Retirement Fund  | 24. Contrib. Medicare no Retanida<br>en Propinas-Uncollected<br>Medicare Tax on Tips            |
| Instrucciones al dorso - Instructions on back  Conservación: Clez (10) años a partir de la facta de indicacte i anul reposiedo de Procesamiento de Planillas.  |  | fructions on back  |  | 0.00  |

## INSTRUCCIONES DEBELA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos:

todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingleso bruto

de más de \$3,300;
todo individuo casado que vivía con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Interias de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Cualquier persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planala o declaración, que voluntariamente dejare de rendir dicha penalidades provistas por el Código, será culribie de un delito menes grave y castigada con multa no mayor de seis meses, o mbas penas, más las rostas del proceso. El aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha plar la o declaración (sentro de los términos fija os por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos) con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, será culpable de un delito grave y castigada con multa no mayor de S50,000 ó reclusión por un término fijo de un delito grave y castigada con multa no mayor de \$20,000 ó reclusión por un término fijo de unes años. De mediar circunstancias agravantes, la pena establecida podrá ser aumentada hasta un máximo de cinco años. De mediar circunstancias atenuantes, podrá ser reducica hasta un máximo de dos años, o ambas penas, a discreción del Tribunal, más las costas del proceso.

Retanga la Copia C de este formulario para sus chords. Puede usarla para establecer su darecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe si error a su patrono para que le completen un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

### INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Tax returns must be filed by:

every individual single (or married, or : who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income
of more than \$3,300;

every married individuals who lives with haviner spouse, who during the taxable year individually or jointly had a gross income of more than \$6,000.

PENALTY - The Puerto Rico Internal Reverue Code of 1993, as amended (Code), provides the following: Any person liable under any Subditle of the Code to file a return or statement, who willfully trails to file such return or statement within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, is addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor and upon conviction thereof, punished by a rice of not more than \$500 or by imprisonment for a term of not more than six months, or both penalties, plus the costs of prosecution. If the case of any person who willfully fails to file such return or statement (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations) with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a felon, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$20,000 or imprisonment for a freet term of three years. If there were aggregating circumstances, the established penalty or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare Form 399%-2c/W-2cPR.

año 2002

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 13 of 30

Gobierno de Puerto Rico Municipio de Moca

## Departamento de Recursos Humanos

### Certificación

Certifico que el **Sr. Javier Antonio Irizarry Vargas** con número de seguro social **XXX-XX** des un empleado del Municipio de Moca el cúal se desempeña la función de Coordinador de Turismo como Empleado Regular. El mismo pertence al Sistema de Retiro de **Reforma 2000**. Durante los años 2001 y 2003 el empleado tuvo los siguientes descuentos por concepto del Sistema de Retiro según consta en el modulo de nómina:

<u>Año</u>

Descuento de Retiro

1 de Enero 2001 al 31 Diciembre de 2001

\$1,091.28

1 de Enero 2003 al 31 de Julio de 2003

\$658.00

Para que asi conste, firmo la presente hoy viernes 10 de Enero de 2020.

David A. Cabán Romero

Director de Recursos Humanos

Sello Official

Apartado 1571// Moca, Puerto Rico 00676 Tels. (787)877-3390 / 2270 / 2233 \* Fax (787) 877-3560

NOMBRE DEL EMPLEADO

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

FECHA DEL PERIODO

| LVAL.      | IER ANTONI | I IRIZARRY         | VARGAS  | DEDUCCIONES                                     | Market and                                    | Total Control      | CONTRIBUC        | 12/31/2004<br>DIONES |
|------------|------------|--------------------|---|---|---|--------------------|------------------|----------------------|
| ESCRIPCION | · HORAS    | CANTIDAD           | DESCRIPCION   | CANDTIDAD                                       | ACUMULADAS                                    | TIPO               | CANTIDAD         | ACUMULADAS           |
| 5AL.       | 81.25      | 587.00             | Medicare<br>CAMPANA B<br>SEGURO CH<br>RETIRO 20<br>E.L.A. AH<br>INTERNATI | 8.51<br>1.00<br>1.50<br>48.57<br>17.61<br>46.50 | 199.02<br>22.00<br>24.00<br>1052.84<br>381.72 | SEG. SOC.<br>CONT. | 36.39<br>17.87   | 850.88<br>432.91     |
|            |            |                    | E.L.A. PR   | 16.50   | 363.00  | TOTAL:             | 54.26            | 1283.79              |
| V75        | 18.75      | 225.00             | PRESTAMO  | 9   | 234.08  | FECHA D            | EL CHEQUE        | NUM DEL CHEQUE       |
| E75        | 11.25      | 322.50             | PRESTAMO  | 4.70  | 234.19<br>150.40                              | 12/28              | 2/2004<br>PAGO N | 9014887<br>ETO       |
| GRESOS:    | MULADOS:   | 587.00<br>13724.00 | DEDUCCIONES CORP<br>DEDUCCIONES ACUM                                      |   | 166.18  | CORRIENTE          |                  | 356.56<br>8037.95    |

LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MUNICIPIO DE MOCA CUENTA NOMINA



#### ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Municipio de Moca

**CUENTA NOMINA** 

DEPOSITO DIRECTO

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO

Sucursal De Moca

NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS MESES DE HAGER SIDO EMITIDO FECHA DEL DEPOSITO

12/22/2004

9014887

NUM: DEL DEPOSITO

9014887

CANTIDAD DEL DEPOSITO

THREE HUNDRED SIXTY-SIX DOLLARS AND 56 CENTS

PAGUESE A LA ORDEN DE: JAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS

HC-02 BOX 19305

MOCA

PR 00676

NON-NEGOTIABLE

Jales

|  |   | 2                       |  |  |   | 1                         |
|--|---|-------------------------|--|--|---|---------------------------|
| NON-NEGOTIABLE   | )   | Y VARGAS                | UAVIER ANTONI IRIZARRY VARGAS<br>HC-92 BOX I3305<br>MCGA   | MOSA BOX I                               |   | PAĞUEŞE A LA<br>ORDEN DE: |
|  |   | ENTS                    | THREE HUNDRED TWO DOLLARS AND 69 CENTS                     | TWO DOLLAR                               | HUNDEED   | THREE                     |
| CANTIDAD DEL DEPOSITO<br>由来来来来来到OB 。6/3  |   |                         | DEPOSITO DIRECTO   | POSITO                                   | 0   |                           |
| FECHADEL NUM DEL DEPOSITO  FECHADEL NUM DEL DEPOSITO  TEMPOSITO  | BANCO POPULAR DE PUER O MOVE<br>SUDURSII DE MOVE<br>NO ES VALDO DESPUES DE SEIS | 1000                    | ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO PICO<br>Municipio de Micoa | LIBRE ASOCIADO DE P<br>Municipio de Moca | ESTADO  |                           |
| On on one of the original of t |   |                         |  | ERTO RICO                                | D LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO<br>MUNICIPIO DE MOCA<br>CUENTA NOMINA | D LIBRE                   |
| A TUMULADO:  | 4903.18   | DMULADAS:               | DEDUCCIONES ACUMULADAS                                     | 15522,50                                 | MULADOS:  | ARESOS:                   |
|  | 1:8" E'Sta  |                         |  |  |   |                           |
| 18/81/2005 GOECO48   | 112,80  | 36.24<br>4.70           | PRESTAMID  | 69 . God?                                | 18,75   | )755<br>576               |
| FECHA DEL CHEQUE NUM DEL CHEQUE  |   | 20.55                   | E.L.D. PR  |  |   |                           |
|  |   | 119.50                  | E.L.A. AH  |  |   |                           |
|  | 1201.62   | 51,84                   | SEBURD CH  |  |   |                           |
| 00 . use   |   | 7.00                    | 1  | 626,50                                   | 91.25   | AL.                       |
| SEG. SOC. DATE OF DE   | 0   | CANDTIDAD               | DESCRIPCION  |  | HORAS   | 2002                      |
| TIPO CANTIDAD ACUMULADAS   | ACHMI II ADAS   | DEDUCCIONES             | VARGAS   | IRIZARRY                                 | JAVIER ANTONI   | JAVI                      |
| TE /31/2005  | Land Society  | NUMERO DEL SEGURO SOCIA | I  |  | NOMBRE DEL EMPLEADO   |                           |
| PECHA  |   |                         |  |  |   |                           |
|  |   |                         | ( )  | 0  | 7/10  |                           |
|  |   |                         |  | 5  | ところ   |                           |

| • | 2  |
|---|----|
|   | 20 |
|   |    |
|   | W  |
|   | 0  |
|   | 0  |
|   | E  |
|   |    |
| 3 |    |
|   |    |

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

PECHA DEL PERIODO

| THREE HUNDRED PAGUESE A LA ORDEN DE:               | ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MUNICIPIO DE MOCA CUENTA NOMINA  ESTADO LIBRE A:  Mun CI                   | INGRESOS: INGRESOS ACUMULADOS:                 |           | E75 11         |            |        |          | UAL WAL               | DESCRIPCION |                |
|--|---|--|-----------|----------------|------------|--------|----------|-----------------------|-------------|----------------|
|  | ESTADO LI   | os:  |           | 25             | 3          |        |          | NO                    | I           | INGRESOS       |
| TY-NINE<br>ER AMEON<br>2 BOX 13                    | BRE ASOCIADO DE F<br>Municipio de Moca<br>CUENTA NOMINA   | 16236.00                                       |           | on -           |            | 田田     |          | 526.50 M              | AD          |                |
| LARS AND<br>RIZÁRRY<br>PR QU67                     | ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Municipio de Moca CUENTA NOMINA  DEPOSITO DIRECTO                          | DEDUCCIONES CORRIENTES: DEDUCCIONES ACUMULADAS |           | L.A. SE        | RESTANO    | L.A.   | NIVERSAL | EGURO CH              | DESCRIPCION |                |
| 23 CENTS VARGAS                                    |   | JENTES:<br>ULADAS:                             |           | 4.70           | 55.61      | 18.80  | 12.04    | 1.50                  | CANDTIDAD   | DEDUCCIONES    |
| Z  | BANCO POPULAR DE PUERTO RICO<br>Sucursal De Moca<br>NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS<br>MESES DE HABER SIDO EMITIDO | 221.41   |           | 112.80         | 257.       | 451.20 |          | 235.32                | ACUMULADAS  |                |
| CANTIDAD DEL DEPOSITO 8*****349.23  NON-NEGOTIABLE | 20 101-201<br>215<br>FECHA DEL<br>DEPOSITO  | CORRIENTE:<br>ACUMULADO:                       | 12/20/200 | ECHA DI        | TOTAL: 55. |        | 17.      | SEG. SOC. CONT. 38.84 | TIPO C/     | C              |
| POSITO   |   | 349  | PAGO NETO |                | 86 1442    |        |          | 1-3                   | CANTIDAD /  | CONTRIBUCIONES |
| in .   | 9030976<br>NUM. DEL DEPOSITO  | 9.23   | 30976     | NUM DEL CHEQUE | 7.21       |        | 5.65     | 006.56                | ACUMULADAS  | S              |

Parket

| ESTADO D  | INGRESOS: INGRESOS ACUMULADOS: 17092 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MUNICIPIO DE MOCA CUENTA NOMINA | E75 11.25                        | 7  | SAL 81.25                      | DESCRIPCION HORAS | INGRESOS       |
|---|---|----------------------------------|--|--------------------------------|-------------------|----------------|
| ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Municipio de Moca CUENTA NOMINA DEPOSITO DIRECTO  ORED SEVENTBEN DOLLARS AND 35 CE       | 17092.00<br>PUERTO RICO   | 810.00E                          |  | 670.50 M                       | S CANTIDAD        | OS             |
| O DE PUERTO F<br>e Moca<br>MINA<br>DIRECTO  | DEDUCCIONES ACUMULADAS  | THER SE                          | RESTANO  | MINERAL H                      | DESCRIPCION       |                |
| BANCO POPULAR DE PUERT<br>SUCURSAI DE MOCA<br>SUCURSAI DE MOCA<br>NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS<br>MESES DE HABER SIDO EMITIDO | ULADAS:   | 4.70<br>14.83                    | HO 6   | 9.72                           | CANDTIDAD         | DEDUCCIONES    |
|   | 276.81<br>5737.31   | 112.80                           | O AD W DO O  | 4                              | ACUMULADAS        |                |
|   | CORRIENTE:<br>ACUMULADO:  | FECHA DEL CHEQUE                 | TOTAL: 76.34                                       | SEG. SOC. 41.57<br>CONT. 34.77 | TIPO CANTIDAD     | CONTR          |
|   | 317.35<br>9515.18   | NUM DEL CHEQUE 9036952 PAGO NETO | 00<br>00<br>00<br>00<br>00<br>00<br>00<br>00<br>00 | 1059.67<br>779.84              | AD ACUMULADAS     | CONTRIBUCIONES |

O de la companya della companya della companya de la companya della companya dell

NOMBRE DEL EMPLEADO

NUMERO DEL SEGURO SOCIAL

**FECHA** DEL PERIODO 791 79000

| JAVI       | ER ANTON       | I IRIZARRY         | VARGAS  | Manual Annual Manual Ma | MM CH   |           | 1. 6           | 4/31/4009                            |
|------------|----------------|--------------------|---|--|---|-----------|----------------|--------------------------------------|
| C) FT V L  | INGRESOS       |                    |   | DEDUCCIONES  |   | 2         | CONTRIBUC      | CIONES                               |
| ESCRIPCION | HORAS          | CANTIDAD           | DESCRIPCION   | CANDTIDAD  | ACUMULADAS  | TIPO      | CANTIDAD       | ACUMULADAS                           |
| AL.        | 81.25          | 670.50             | Medicare<br>SEGURO CH<br>RETIRO 20<br>E.L.A. AH<br>INTERNATI<br>E.L.A. PR | 9.72<br>1.50<br>55.48<br>20.12<br>13.00<br>123.59  | 250.68<br>26.00<br>1331.52<br>482.88<br>312.00<br>2966.16 | CONT.     | 41.57<br>20.10 | 072.08<br>644.41                     |
| 75<br>75   | 18.75<br>11.25 | 675.00<br>810.00   | PRESTAMO<br>PRESTAMO<br>E.L.A. SE   | 68.42<br>4.70  | 821.16<br>821.04<br>112.80                                |           | EL CHEQUE      | 1714,49<br>NUM DEL CHEQUE<br>7043511 |
| GRESOS:    | MULADOS:       | 670.50<br>17292.00 | DEDUCCIONES CO  |  | 296.53<br>7124.24   | CORRIENTE |                | 312.30<br>8169.40                    |

STADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO MUNICIPIO DE MOCA **CUENTA NOMINA** 



#### ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO

Municiple to Moca

**CUENTA NOMINA** 

BANCO POPULAR DE PUERTO RICO 101-201

Sucursal De Moca

9043511 JUM, DEL DEPOSITO

NO ES VALIDO DESPUES DE SEIS MESES DE HABER SIDO EMITIDO

12/23/2009

9043511

CANTIDAD DEL DEPOSITO

THREE HUNDRED TWELVE DOLLARS AND 30 CENTS

PAGUESE A LA ORDEN DE:

HC-02 BOX 13305

MOCA

PR 00676

NON-NEGOTIABLE

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered: \$\psi\$1/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 20 of 30 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO Formulario Form 499R-2W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENO. DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMACION PARA EL INFORMACION PARA EL Rev. 07.09 DEPARTAMENTO DE HACIENDA SEGURO SOCIAL COMPROBANTE DE RETE ICION - WITHHOLDING STATEMENT EPARTMENT OF THE SOCIAL SECURITY REASURY INFORMATION INFORMATION Suel los - Wages 17. Total Sueldos Seguro Social 1. Nombre - First Name 3. Núm. Seguro Social Social Security Wages Social Security No. 17,292.00 JAVIER ANTONIO 4592/65449661 17,292.00 Comisiones-Commissions Apellido(s)-Surname(s) 4. Núm. de Ident, Patronal 18. Seguro Social Retenido IRIZARRY-VARGAS Employer Ident, No. (EIN) Social Security Tax , Withheld 660-43-3489 ncesiones-Allowances Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address 1,072.08 Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you HC-02 BOX 13305 started to receive the pension ropinas - Tips 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips Mes Año MOCA PR 00676 Day Month Year 17,292.00 otal = 7 + 8 + 9 + 10 17,292.00 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 6. Costo de Pensión o Anualidad 20. Contrib. Medicare Retenida Employer's Name and Mailing Address Cost of Pension or Annuity Medicare Tax Withheld Gastos Reembolsados MUNICIPIO DE MOCA eimbursed Expenses 250.68 P.O. BOX 1571 3. Cont. Retenida - Tax Withheld 21. Propinas Seguro Social MOCA 00 15.71 Copia A - Copy A Social Security Tips Envie a: - Send to: 644.41 Número de Teléfono del Patrono or:do de Retiro NEGOC!ADO 8778058 Employer's Telephone Number Redrement Fund 22. Seguro Social no Retenido DE PROCESAMIENTO DE en Propinas-Uncollected Social **PLANILLAS** Fecha Cese de Operaciones: 4ño Security Tax on Tips Cease of Operations Date: Day Month Year PO BOX 9022501 i. Aportaciones a Planes Cualific. der tributions to CODA PLANS SAN JUAN PR 00902-2501 Número Control - Control Number Año: 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected 2009 3982172 Salarios bajo Ley Núm. 324 de Medicare Tax on Tips 2004. Salaries under Act. No. 24 of 2004 Fecha de radicación: 31 de en ero - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de copia D - lestructions on back of copy D Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.

THE PHOENIX COMPANY, INC.

Carl

Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main GOBIERNO DE PUERTO RICO - CVERMO LA RICO Page 21 of; 30 Formulario INFORMACION PARA EL INFORTACION PARA EL DERARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY Form 499R-2/W-2PR SEGURO SOCIAL DEPARTMENT OF THE SOCIAL SECURITY COMPROBANTE DE RETENTION - WITHHOLDING STATEMENT TREASURY INFORMATION

7. Sueidos - Wages INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social 1. Nombra - First Name 3. Núm. Seguro Social Social Security Wages Social Security No. 17,092.00 17,092.00 JAVIER ANTONIO siones-Commissions 18. Seguro Social Retenido Apellido(s)-Surname(s) Social Security Tax 4. Núm, de Ident, Patronal Employer Ident. No. (EIN) Withheld **IRIZARRY-VARGAS** 1,059.68 oncesiones-Allowances 660-43-3489 19. Total Sueldos y Pro, Medicare Dirección Fostal del Empleado-Employee's Mailing Address 5. Fecha an que comenzó a recibir Medicare Wages and Tips la pensión - Date on which you HC-02 BOX 13305 17,092.00 started to receive the pension 20. Contrib. Medicare Retenida MOCA Medicare Tax Withheld Day Month 7+8+9+10 247.78 17.092.00 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 6. Costo de Pensión o Anualidad 21. Propinas Seguro Social Employer's Name and Mailing Address Cost of Pension or Annuity Social Security Tips Gast : Reembolsados MUNICIPIO DE MOCA Rear ursed Expenses P.O.BOX 1571 CALLE CALAZAN LASALLE 22. Seguro Social no Retenido Cop. Retenida - Tax Withheld en Propinas-Uncollected Social MOCA. PR 00 ;76 Copia A - Copy A Security Tax on Tips 442.20 Envie a: - Send to: Force de Retiro Número de Taléfono del Patrono **NEGOCIADO** 877-8058 Employe : Telephone Number ment Fund DE PROCESAMIENTO DE 23. Contrib. Medicare no Retenida 1,331.52 en Propinas-Uncollected PLANILLAS Fecha Cese de Operaciones: Medicare Tax on Tips Cease of Operations Date: Day Month PO BOX 9022501 pur ciones a Planes Cualific. SAN JUAN PR 00902-2501 ributions to CODA PLANS Número Control - Control Number 24. Sueldos y Propinas bajo Ley Año: HIRE de 2010 - Wages and Tips 2010 107933934 alatios bajo Ley Núm. 324 de under HIRE Act of 2010 Year: 20 Salaries under Act. No. 324 cf 2004 Fecha de radicación: 31 de enem - Filing date: January 31 Instrucciones al dorso de copia D - Estructions on back of Copy D

Conservacion: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas.

Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

THE PHOENIX COMPANY, INC

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNO ENTRE PROPRIO PAGE 22 OF THE RICO PAGE 22 OF THE RIC Formulario INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - EPARTMENT OF THE TREASURY Form 499R-2NV-2PR Rev 10 11 SOCIAL SECURITY INFORMATION COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT 1. Nombre - First Name 3 Núm, Seguro Social jeleos - Wages 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security No. Social Security Wages 17.242.00 JAVIER ANTONIO 17,242.00 siones-Commissions 8 C Apellido(s)-Surname(s) Núm, de Ident, Patronal Employer Ident. No. (E!N) 18. Seguro Social Retenido IRIZARRY-VARGAS Social Security Tax 660-43-3489 ncesiones-Allowances Withheld Fecha en que comenzó a recibir la 5. 724.20 pensión · Date on which you started Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address rosenas - Tips to receive the pension HC-02 BOX 13305 Dia Mos 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Day Month ota = 7 + 8 + 9 + 10 Year Medicare Wages and Tips MOCA 17.242.00 17,242.00 Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 12. Gasics Reembolsados bursed Expenses 20. Contrib. Medicare Retenida 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Medicare Tax Withheld Employer's Name and Mailing Address 6A.Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of MUNICIPIO DE MOCA 249 94 Retenida - Tax Withheld employer sponsored health coverage P.O. BOX 1571 21. Propinas Seguro Social 6B. Donativos onto de Retiro Gubernamental Social Security Tins MOCA Charitable Contributions verimental Retirement Fund PR 00 176 Apartaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS Número de Teléfono del Patrono Copia B para Planilla 7878778058 Employer's Telephone Number del Empleado 22. Seguro Social no Retenido

Instrucciones al dorso - Instructions on back Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Neguriado de Procesamiento de Planillas.

115190356

Month

Year

Reproduced by: THE PHOENIX COMPANY, INC.

en Propinas-Uncollected Social

Security Tax on Tips

23, Contrib. Medicare no Retenida

en Propinas-Uncollected

Medicare Tax on Tips

s bajo Lev Núm, 324 de

Salaries under Act. No.

Aportación al Programa Ahorra Duplica tu Dinero - Contribution

plica tu Dinero - Contributions the Save and Double you

Salkr

16/

0 2004

Mo ty Program

#### INSTRUCCIONES DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANIL

Copy B for Employee's

Tax Return

2011

Año:

Year:

De acuerdo al Código de Rentas Internas para un Nuevo Puerto Rico (Cóngo), Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos toda individuo residente que

 sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 103,02 del Código de más de \$5,000;
 sea casado que vivia con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031,02 del Código de \$2,500 o más; o

tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Buleau.

Day

echa Cese de Operaciones:

Número Control - Control Number

Cease of Operations Date

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Internas de 1994, reflérase a las disposiciones aplicables bajo el mismo:

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtitulo del Código a rendir una platilla declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtitulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, erá castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, ó co pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquello casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de refereir dicha planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquello casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de refereir dicha planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción de evadir o derrotar cualquier contribución puesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la rual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de reclusión establecida o pena de reclusión establecida o pena de reclusión podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de reclusión a su declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Subtitulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Subtitulo correspondiente o por un término máximo de reclusión por un término máximo de reclusión o informe dentro de los por el Subtitulo correspondiente o por un término máximo de reclusión por un término máximo de reclusión por un término

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Pued usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguio social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un formulario 499R-2c/W-2cPR.

#### INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Internal Revenue Code for a New Puerto Rico (Code), an i some tax return must be filed by any resident individual that

- is an individual taxpayer or married, who during the taxable yet had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of nore than \$ 5000
- is a married individual who lives with his/her spouse, who elects to file separate returns that during the taxable year pad a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of \$2,500 or more; or

has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more;

If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Flevenue Code of 1994, refer to the sections applicable thereunder.

PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement of uncation or report, who will be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000 or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both benalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the coresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree feon and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term canning from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove you ght to social security benefits. If your name, address or social security employer and request a Form 499R-2c/W-2cPR.

y number is incorrect, inform this to your

# 

| m 499R-2/W-2PR DE<br>v. 09.12                                      | GOBIERNO DE PUERTO R<br>EPARTAMENTO DE HACIE<br>DMPROBANTE DE RE | NDA - EPARTI |   | IN FORM A CION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMACION                | INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION                        |
|--|--|--------------|---|---|--|
| 1. Nombre - First Name  JAVIER ANTONIO                             |  |              | 3. Núm. Seguro Social<br>Social Security No.  | 7. Susidos - Wages<br>17,392.00<br>8. Domisiones-Commissions  | 17. Total Sueldos Seguro Social<br>Social Security Wages<br>17,392.00                |
| Apellido(s)-Surname(s) IRIZARRY-VARGAS                             | 8  | -4           | 4. Núm. de Ident, Patronal<br>Employer Ident, No. (EIN) 660-43-3489  5. Fecha en que comenzó a recibir in   | 9. Do Cesiones-Allowances   | 18. Seguro Social Retenido<br>Social Security Tax<br>Withheld                        |
| Dirección Postal del Empleado - Emp                                | ployee's Mailing Address   |              | pensión - Date on which you started<br>to receive the pension   | 10 Propinas - Tips  | 730.56   |
| HC-02 BOX 13305  |  |              | Día Mes Año<br>Day Month Year   | 11 Total = 7 + 8 + 9 + 10   | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare<br>Medicare Wages and Tips                         |
| MOCA   | PR   | 00676        | 6. Costo de Pensión o Anualidad   | 17,392.00   | 17,392.00  |
| Nombre y Dirección Postal del Pa                                   |  |              | Cost of Pension or Annuity  | 12 Gastos Reemb. y Beneficios<br>Marginales - Reimb, Expenses and<br>Fringe Benefits                  | 20. Contrib. Medicare Retenida   |
| Employer's Name and Mailing Ad<br>MUNICIPIO DE MOO<br>P.O.BOX 1571 | ldress   |              | 6A, Costo de cubierta de salud<br>auspiciada por el patrono - Cost of<br>employer sponsored health coverage | 13 Cent. Retenida - Tax Withheld  | Medicare Tax Withheld 252.10   |
| MOCA   | PR   | 0(376        | 6B. Donativos<br>Charitable Contributions   | 14. Fonds de Retiro Gubernamental<br>Governmental Retirement Fund<br>1,356.48                         | 21. Propinas Seguro Social<br>Social Security Tips                                   |
| Número de Teléfono del Patrono                                     |  |              | Original  | 15. Appritaciones a Planes Cualific,  |  |
| Employer's Telephone Number  | 7878778058   |              | Envie a: - Sent to:   |   | 22. Seguro Social no Retenido  |
| Fecha Cese de Operaciones:<br>Cease of Operations Date:            | Dia Mes<br>Day Month   | Aio<br>Year  | Social Security Adm.<br>Wilkes-Barre D.O.C.<br>Wilkes-Barre, PA 18769-0001                                  | 16. Sala is bajo Ley Núm. 324 de<br>209 - Salaries under Act. No.<br>324 r f 2004                     | en Propinas-Uncollected Social<br>Security Tax on Tips                               |
| Número Control - Control Number                                    |  |              | Con la W-3PR<br>With the  | 327 1, 2004   |  |
| 124  | 500927   |              | Año:<br>Year: 2012  | 16A Aprilación al Programa Ahorra y<br>Duscia tu Dinero - Contributions<br>to ne Save and Double your | 23. Contrib. Medicare no Refenida<br>en Propinas-Uncollected<br>Medicare Tax on Tips |
|  | cha de radicación: 31 de<br>cciones al dorso de copia            |              |   | Mer y Program   |  |

Reproduced by: THE PHOENIX COMPANY, INC

(atel

#### Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 24 of 3

| Form 499R-2/W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY  Rev. 08.13  | FORMACION PARA EL DEPARTAMENTO<br>ACIENCIA<br>EPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION   | DE INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION   |
|--|---|--|
| 1. Nombre - First Name JAVIER ANTONIO  Apellido(s) - Surname(s) IRIZARRY-VARGAS  Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address  COMPROBANTE DE RETE ICION - WITHHOLDING STATEMENT  3. Núm. Seguro Social Socia | Steldos - Wages 17392.00  Comisiones - Commissions 0.00  Conce ones - Allowances 0.00   | 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages  17392.00  18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld  1078.40                      |
| HC-02 BOX 13305 MOCA, PR 00676  Dia Mes Año Day Month Year  6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pensión or Annuity 0.00  | 0. Frosinas - Tips<br>0 0 0.<br>1. Total = 7 + 8 + 9 + 10<br>1 7 3 9 2 . 0 0  | 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips  |
| Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address  MUNICIPIO DE MOCA P.O.BOX 1571  MOCA, PR 00676      A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono- Cost of employer - sponsored health coverage  0.00  6B. Donativos  | 2. dasts Reemb, y Beneficios Marginales Reimb, Expenses and Fringe Benefits  O OO  3. Conf. Retenida - Tax Withheld  O OO   | Medicare Tax Withheld  252.10  |
| Número de Teláfono del Patrono Employer's Telephone Number 7878778058 Charitable Contributions 0.00  | 4. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund 1497.84   | 21 Propinas Seguro Social Social Security Tips   |
| Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Yea Copia B para Planilla  Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number  W418250  Número Control - Control Number  O03128690  Copia B para Planilla  del Empleado  Copy B for Employee's  Tax Return  Año: Year:   | 5. Aportaciones a Planes Cualific. Confributions to CODA PLANS  O CO 6. Salartus bajo Ley 324 de 2004 Salaries under Act 324 of 2004  O CO 5A. Aportaciones al Programa Ahorrupulifica tu Dinero - Contributions hel Save and Double your Money | 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips  0.00  23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected |
| Instrucciones al dorso - Instructions on back  Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Vegociado de Procesamiento de Planillas.  | O CO  | 0.00  Generado por SUCMTAX.COM   |

## INSTRUCCIONES

DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANIL

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo individuo residente que:

\* sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de más de \$5,000;

\* sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código de \$2,500 o más; o

tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

Retention: Ten (10) years from the filing date in the Returns Processing Bureau.

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Interas de 1994, refiérase a las disposiciones aplicables bajo el mi

PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en demo menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discrección del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, interrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20.000. a ambas penas, más las costas del proceso. de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

#### INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETU

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual that:

- \* is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of more than \$5,000;
  \* is a married individual who lives with his/her spouse, who elects to file separate returns that during the taxable year had a gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions of \$2,500 or more: or

\* has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, refer to the sections applicable the

PENALTY - The Code provides the following: Every person'required unit any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms establined by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report(within the terms established by the corresponding Subtit'e or by regulations), with the himmion to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of presecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and 493 1-20 W-2cPR.

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 25 of 30 Keep copy of this form for your records. You can use it in prove your right to social security benefits. If your name a tress or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-26W-26PR. impreonment provided or a fine of not more than \$20,000, at both penalties, plus the costs of prosecution. PENALTY – The Code provides the following: Every person, equited under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in doctor more of the case of sary is from who willfully falls to file such return statement, certification for costs of prosecutions. In the case of sary is from who willfully falls to file such return statement, certifications, with the intention to evade or de-sat any tax imposed by the Code, in addition, to other certification thereol, punished by impresonance or the statement contribution thereol, punished by impresonance in the case of sary is from whom will be guilty of a finite degree felony.

Count may impose, stall be guilty of a finite degree felony, and the case of sary is from whose years and sare send any proportion thereol, punished by impresonance that is the case of sary is proportion thereoly punished by impresonance that is the case of sary is a sary tax imposed by the Code, in addition, to other contribution thereoly punished by impresonance that is a sary tax imposed by the Code, in addition to only only impresonance that is a sary tax imposed by the Code, in addition to only only impresonance that is a sary tax in edge fellow. The sare intention to evade or de-sare and sare that sare that the case of sare than the case of sare that it are discretion, the fixed penalty of sare impresonance that it is a sare than the case of sare than the costs of prosecution. If you elected to be taxed under the provisions of the Pueric Rico Internal Revenue Code of 1994, as arranded, refer to the sations applicable thereunder. · has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more. • is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1931 (i.2 exemptions greater than \$5,000;
• is a married individual who lived with his/her spouse and elects to file separate returns that during the taxable yearhad gross income reduced by Code Section 1031.02 exemptions cent individual that: Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by arty in A CCPY MUST SE SUBMITTED WITH YOUR RETURN INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE Retenga copia de este formulario para sus récords. Pusse usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguis social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le symplete un Formulario 499R-26-M-26-PR. PELIALIDAD – EI Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtituio del Código a cacúr una para indente o por regiamentos, certificación o informe, que voluntaimente de gon dispone lo siguiente; a declaración, certificación o informe de gon disponente de para en delito menos grave y en caso de convicción, serà castigada con pena de multa na magnato de 90 disas, o ambas penas, a discrección del tribura la más las costas del proceso. En aquellos cuacos en que cualquier con pena de magnato de 100 disponente dejare de rendir dicha planilla, destificación o informe (dentro del tribura la más las costas del proceso. En aquellos cuacos en que cualquier con pena de cardificación del tribura de los férminos fijados por el Subtitulo correspondiente o por reglamentos), y en caso de convicción, será sencionada con pena de tercentos de otras penalidades por el Código, incurtirá en un delito grave de tercentos de convicción, será sancionada con pena de tercentos penas, más las costas del proceso. o sinose penas, más las costas del proceso Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Mentas hitemas de Puerto Rico de 1994, según enmendado, refigir es a las disposiciones aplicables bajo el mismo. · renga ingreso neto sujeto a continbucion basica atte na de \$150,000 o más. 1031.02 del Código de 52,500 o más; o - sea constitutivende individual o casado, si durante 11 año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exemciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5.000;

- sea casado que vivie con su cónyuge y opie por tendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayor de \$5.000. De accerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planifia de coliminación sobre ingresos todo individuo residente que: DEBERA SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLAMILLA INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO

Reproducido por SUCMTAX, COM

00.0 Od.0 31 de enero - Filing date: January 31 Fecha de radicación:

Year Medicare Tax on Tips

Apoliado es al Programa Ahorra y Dup ca u Dinero - Contribulions to the Save ant Double your Money Program 2014 575491500 :OHA

23. Contrib. Medicare no Retenica en Propinas - Uncollected keep copy for your records 00.0 Skerpp Aai Conseive copia para sus records Salanos Exentos Deliver two copies to employee

Z+98.9M Social Security Tax on Tips Eunedne dos copies al enipleado 00.0 Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected www.hacienda.gobiemp.g. (sue) (See justinotions) uax: Electronic Filing Confirmation Number PIECITOTICALLY Exentos (Ver instrucciones 00.0

00.0

68433489 Employer ident. No. (EIN)

ZOCISI PECNILIÀ MO'

Num, de Ident. Patronal

sponsored health coverage

Costo de cubierta de salud euspiciada por el patrono - Cost of employer-

Sala timiero Confirmación de F. adioación Electronica Send to Department of the Treasury QQ.O MONT VSV terse of Operations Usite: electronicamente Sain

Envis al Departamento de Hacianda Dia rearroiperedO eb eseO arthe-

acipnes a Planes Cualific. Apor Empioyer's Telephone Number With the W-3PR 8208778787 Con la 02.9891

Vumero de Telefono del Patrono Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Data Operations Center Fetiro Gubernamental MOCA PR, 00676 Social Security Administration @d.o P.O.BOX 1571 Envie a: - Send to

MUNICIPIO DE MOCA Patrono: - Employer: blandiw xs1 - sbinuon Employer's Name and Mailing Address QQ.O 00.0

2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Remb, y Beneficios Marginales Expenses and Fringe Benefits Gastas Charitable Contributions Donativos 17352.00

MOCA, PR 00676 HC-05 BOX 13309

sestibbA gnilisM s'esyolqm3 - obselqm3 leb lateo9 nòiocetic

IRIZARRY-VARGAS

(s)emerand - (s)obilledy

**OINOTHA ABIVAL** 

555

COMPROBANTE DE RETE ICION - WITHHOLDING STATEMENT DEPARTMENTO DE HACIENDA- DEPARTMENT OFTHE TREASURY

H42-M/2-H66h 400-

PAR EL DEPARAMENTO DE YRANEMENTO DE YRUEASHT SHT 70 TUSMTRA HACIEND ЈАГООЅ ОНОЈЕЅ ЈЕ АНАЧ ИОГЈАМНОНИ MFORMA ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUENTO RICO - COMMONWEALTH OF PUENTO RICO

OQ.O

0d.0

Od.O

AMHO-IN

17392.00

Mages

Social Security Tips

252.10

20. Contrib, Medicare Retenida Medicare Tax Withneld

17392.00

19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips

18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld

Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages

SOCIAL SECURITY INFORMATION

17392.00

1078.40

21. Propinas Seguro Social

Pormulatio

#### Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 26 of 30

your employer and request a Form 499R-2cM-2cPR. Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to

of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than \$1,000, or imprisonment for a term of the costs of prosecution. In the case of any person who willfully sais to file such return, statement, certification or report (within a text the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or defeat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine order or by imprisonment than \$20,000 or both menalties into the costs of prosecution. PENALTY - The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such regulations, in addition to be provided by the Code, shall be guilty of a statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to be provided by the Code, shall be guilty of a statement. If you elected to be taxed under the provisions of the Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended, refer to the sections applicable thereunder.

\* has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

of \$2,500 or more; or \* is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns that during the taxable year had grides income reduced by Code Section 1031.02 exemptions \* is an individual taxpayer or married, who during the taxable year had gross income reduced by Code Section 1031.02 exempt ons greater than \$5,000;

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amenced (Code), an income tax return must be riled by any residen individual that:

#### THIS OPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE

social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usaria para establecer su derecho a los beneficios de seguto social. Si su nombre, dirección o número de seguro

Exemple staries Code

SA. Código de Salarios Exentos

16. Salaries Exentos (Ver instructions) Exempt Salaries (See instructions)

Contributions to CODA PLANS

Governmental Retrement Fund

14. Fonda de Retro Gubemamental

3. Cont. Relenida - Tax Withheld

01+6+8

sdil

9. Concesiónes - Allowances

8. Comisiones - Commissions

Wages

12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits

15. Aportaciones a Planes Cualific.

00.0

00.0

00.0

00.0

00.0

00.0

00.0

17392.00

1639.20

tres años un dia y ocho años. El Tribunal a su discreción podrà imporer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas además de otras penalidades establecidas por el Código, incumirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, sera cancionada con pena de reclusión la cual fluctuara entre certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtitulo sorrespondiente o por reglamentos), con la infermio de evada lo demotar cualquier contribución impuesta por el Código, de 90 diss, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona vall nianamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondicente o por reglamentos, además de observante máximo establecidas por el Código, incumirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de 55,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 dias o ambas nenas a discrepción del tribunal más las contras del propeso. En anuellos casos en que cualquiries necenal vell capacidade de partir d PENALIDAD - El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtitulo del Código a rendir una planila, ideclaración, certificación o informe, que voluntariamente

Si usted eligió tributar bajo las disposiciones del Código de Rentas Intamas de Puerto Rico de 1994, según enmendado, refiérase a tals disposiciones aplicables bajo el mismo. tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$ 50,000 o más.

del Código de \$2,500 o más; o \* sea casado que vivia con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingresal bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02

sea contribuyente individual o casado, si durante el año con ibutivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031.02 del Código mayo de \$5,000;

Conserve copia para sus records

Entregue dos copias al empleado

Send to Department of the Tressury

Envie al Departamento de Hacienda

Wilkes-Barre, PA 18769-0001

Social Security Administration

Patrono: - Employer:

00.0

00.0

IstoT.fl

10. Propinas

Z Sueldbs .7

Data Operations Center

Charitable Contributions

sponsored health coverage

Employer Ident. No. (EIN)

Núm. de Ident. Patronal

68422489

Social Security No.

3. Núm. Seguro Social

por el patrono - Cost of employer-

Costo de Cubierta de salud auspiciada

Envie a: - Send to:

Sovdenod .

W-3PR

Deliver two copies to employee

(www.hacienda.pr.gov)

electronically

electrónicamente

With the

Con 1a

Yes

onA

Month

Mes

8508-778(787)

## De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, serún enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de polítribución sobre ingresos todo individuo residente que:

#### DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO

#### Keblognoeg ph: Rock Solid Technologies, Inc. Reproducido por: echa de radicación: 31 de enero - Filing Date: January 31 00.0 SB. Aportacidhe s al Programa Ahorra y Duplics tu Dinero - Contributions to the Save and Pruble your Money Program Medicare Tax on Tips Year: 2015 1449498:00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected :onA Número Control - Control Number keep a copy for your records

00.0 Social Security Tax on Tips

en Propinas - Uncollected

22. Seguro Social no Retenido

00.0 Social Security Tips

21. Propinas Seguro Social

252,18 Medicare 1 ax Withheld

20. Contrib. Medicare Retenida

17392.00

Medicare Wages and Tips

19. Total Sueldos y Pro. Medicare

1078.30 Social Security Tax Withheld 18. Seguro Social Retenido

17392.00 Social Security Wages

17392.00 17. Total Sueldos Seguro Social

SOCIAL SECURITY INFORMATION AM90-IX DE STANDA - DEPARTMENT OF THE TREESURY SUCIEDAR SOUTH THE TREESURY SUCIEDAR NFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL

СОМРЯОВАИТЕ DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO ICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO

W613172

Electronic Filing Confirmation Number

Cease of Operations Date:

MOCA, PR 00676

Municipio de Moca

MOCA, PR 00676

Apellido(s) - Sumame(s)

1. Nombre - First Name

SADAAV YARGAS

**JAVIER ANTONIO** 

PO BOX 1571

Fecha Cese de Operaciones:

Ешрюуег'я Теlернопе Митрег

Número de Teléfono del Patrono

CALLE 1 JOSE CALAZAN

Employer's Name and Mailing Address

URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN

Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address

2. Nombre y Dirección Postal del Patrono

Número Confirmación de Radicación Electrónica

Rev. 08.15 Form 499R-2M-2PR Formulaño

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO COMMONWEALTH OF PUERTO RICO Formulario INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION Form 499R-2/W-2PR INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY Rev 08 16 SOCIAL SECURITY INFORMATION COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT 1. Nombre - First Name 3. Núm. Seguro Social 7. Suelos Wages 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security No. Social Security Wages 17451.19 JAVIER ANTONIO BARBARINA 8. Comisiones - Commissions 17451.19 . Núm. de Ident. Patronal 0.00 Apellido(s) - Sumame(s) Employer Ident. No. (EIN) 9. Concesiones - Allowances 18. Seguro Social Retenido **IRIZARRY VARGAS** 660433489 0.00 Social Security Tax Withheld Costo de Cubierta de saiud auspiciada 10. Propinas Tips Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address por el patrono - Cost of employer-0.00 1081.97 sponsored health coverage URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN 11. Total 7+3+9+10 MOCA, PR 00676 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare 17451.19 Medicare Wages and Tips Donativos 12. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales Charitable Contributions Fecha de Nacimiento: Dia Mes Año Reimb. E enses and Fringe Benefits Month Date of Birth: Day Year 0.00 17451.19 0.00 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Patrono: - Employer: 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 20. Contrib. Medicare Retenida Envie a: - Send to: Employer's Name and Mailing Address Medicare Tax Withheld 70.00 Social Security Administration Municipio de Moca **Data Operations Center** 253.04 14. Fondo de etiro Gubernamental CALLE 1 JOSE CALAZAN Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Governmental Retirement Fund PO BOX 1571 21. Propinas Seguro Social Con la 1639.20 Social Security Tips MOCA, PR 00676 W-3PR With the Aportaciones a Planes Cualific. Controutors to CODA PLANS Número de Teléfono del Patrono Envie al Departamento de Hacienda 0.00 (787)877-8058electronicamente Employer's Telephone Number 0.00 Send to Department of the Treasury Fecha Cese de Operaciones: Añ: Mes Salarios (Xer instrucciones) electronically Exempt (alaries (See instructions) 22. Seguro Social no Retenido Cease of Operations Date: Month Yei (www.hacienda.pr.gov) en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips Código/ Entregue dos copias al empleado Número Confirmación de Radicación Electrónica Deliver two copies to employee 0.00 Electronic Filing Confirmation Number Conserve copia para sus records Código 0.00 W706576 Keep copy for your records 16A 0.00 Número Control - Control Number 23. Contrib. Medicare no Retenida 16B. Aportació es al Programa Ahorra y en Propinas - Uncollected 2016 003798026 Duplica tu Dinero - Contributions to the Medicare Tax on Tips Save and Double your Money Program Fecha de radicación: 31 de enero - Filing Date: January 31 0.00

> Reproducido por: Reproduced by:

Rock Solid Technologies, Inc.





ESTADO DE CUENTA ESTIMADO

14 de junio de 2016

Agencia: 349 - MUNICIPIO MOCA

JAVIER IRRIZARY VARGAS
URB EL PEPINO
CASA B66 CALLE # 2
MOCA, PR 00676

A base de la información en nuestros registros, al 14 de junio de 2016 usted posee:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Ingresc al Servicio Público: 01 de febrero de 2000 Fecha de Comienzo de Cotización 01 de febrero de 2000 Género: Masculino

Seguro Social: XXX-XX

2016

| Ley R2000 al 30 de juni | o de 201 | (3          | ASSESS OF THE PARTY OF |
|-------------------------|----------|-------------|------------------------|
| Años Acreditados:       | 13.02    |             |                        |
| Aportaciones:           |          | \$15,682.23 |                        |
| Intereses:              |          | \$1,641.42  |                        |
| Gastos Teneduría;       |          | (\$75.47)   |                        |
| Total Aportaciones:     |          | \$17,323.65 |                        |
| SNC Pagado:             |          | \$0.00      |                        |
| SNC Tiempo:             | 0.00     |             |                        |
|                         |          |             |                        |

| Ley 3 al 31 de diciembre de . | 2015        |
|-------------------------------|-------------|
| Tiempo Trabajado: 16          |             |
| Aportaciones:                 | \$21,892.58 |
| Intereses:                    | \$2,188.30  |
| Gastos Teneduría:             | \$0.00      |
| Total Aportaciones:           | \$24,080.88 |
| Beneficio:                    | \$0.00      |
| 14/                           | Junio /2016 |

Es importante destacar que el Balance de la Aportación Individual refleja la es la acumulación de la cantidad aportada a Retiro a la fecha de la última nómina procesada en el Sisten a. Los balances aquí reflejados por concepto de Aportación Individual y Años de Servicio están sujetos a revisión.

\$0.00

En caso de que la información no coincida con sus registros, deberá con unicarse con el Coordinador para Asuntos de Retiro de su Agencia o Municipio. Además, puedes accede esta información a través de la sección Servicios en Línea del Portal de Internet de Retiro: http://www.retiro.pr.gov.

Le recordamos que previo a radicar una solicitud de pensión, deberá solicitar un Estado de Cuenta oficial a través de su Coordinador.

Coordialmente,

Beneficio:

Unidad de Estado de Cuenta Área de Participantes

Plaza Retiro, 437 Ave. Ponce de León/San Juan, PR 00917-3711

PO Box 42003, San Juan, PR 00940-2203

Tel: 787-754-4545 www.retiro.pr.gov



Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main Document Page 29 of 30

Reproducido por: Reproduced by:

| 00.0  | 00.0   | Date: January 31   | Fecha de radicación: 31 de enero - Filing  |
|---|--|--|--|
| 23. Contrib. Medicare no Retenida<br>en Propinas - Uncollected<br>Medicare Tax on Tips                        | Seave and Caroline of the Save and Caroline of the Caro | Año: 2017  | Número Control - Control Number 004184063  |
| 22. Seguro Social no Retenido<br>en Propinas - Uncollected<br>Social Security Tax on Tips                     | (See instructions)  (See instructions)  (See instructions)  (See instructions)  (See instructions)  (A2)   | (www.hacienda.pr.gov.)  Deliver two copies to employee  Ocuserve copia para sus records  | Cease of Operations Date: Day Month Yea  Warloz43  Warloz43  |
| 00.0  | 15. Aportacickas a Planes Cualific. Contributers to CODA PLANS 0.00 Salanas exentos (Ver instrucciones)  | Envie al Departamento de Placier da<br>electronicamente     Send to Department of the Treasury     electronically                                    | Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año  |
| 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld  254.42  21. Propinas Seguro Social Social Security Tips | 13. Cont. Reprinds - Tax Withheld 0.00 14. Fondo de Fasino Gubemamental Governmental Retiremental Sovernmental Retiremental AGN. 62  | P&frono: - Employer:  • Envie 8: - Send to:  Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con la Wilk the W-3PR | 2. Nombre y Dirección Postal del Patono Employer's Name and Mailing Address OROX 1571 PO BOX 1571 MOCA, PR 00676                                       |
| Medicare Wages and Tips   | 13. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales<br>Reimb, Egances and Fringe Benefits<br>0,00  | 6. Donativos  Charitable Contributions  C.O.D  | Fechs de Vacimiento: Dia Mes Año<br>Date of Birth: Day Month Yea   |
| 78.780 h  | 20.00   SqiT - Sehiqorq .0f   00.00   O1+6-0.7 = IsloT .ff   45.34271  | 5. Costo de Cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer- sponsored health coverage  | Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address  MOCA, PR 00676   |
| 18. Seguro Social Retenido<br>Social Security Tax Withheld  | 9. Concesidnes - Allowances  | 4. Núm. de Ident Patronal<br>Employer ident. No. (ElN)<br>660433489  | APEIIIdo(s) - Last Name(s)   |
| 77. Total Sueddos Seguro Social<br>Social Security Wages<br>77546. 22   | 7. Sueldos Wages<br>17546.24<br>8. Comisions - Commissions   | 3. Núm. Seguro Social<br>Social Security No.   | 1. Nombre - First Name<br>JANETHA ANTONIO  |
| INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL   | рабаратын Бара Бара Кара Бара Бара Бара Бара Бара  | YAUZABAT BHT HO THEMTAL  | COMPROBANTE DE RETENCIÓN - M  DEPARTAMENTO DE HACIENDA CEPA  COMPROBANTE DE RETENCIÓN - M  DEPARTAMENTO DE HACIENDA CEPA  COMPROBANTE DE RETENCIÓN - M |

GOBIERNO: DE PUERTO RICC GOVERNMENT OF PUERTO RICO

Formulario

Case:17-03283-LTS Doc#:10442 Filed:01/27/20 Entered:01/28/20 10:09:43 Desc: Main GOBIERNO DE PUERTO RICO GOVERNMENT OF PUERTO RICO GOVERNMENT OF PUERTO RICO Formulario INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL Form 499R-2/W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY Rev. 07.18 NFORMATIO SOCIAL SECURITY INFORMATION 222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT 7. Sueldos Wages 17056.00 Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 1. Nombre - First Name 2. Núm. Seguro Social 8. Comisiones - Commissions Social Security No. JAVIER ANTONIO 0.00 Concesidnes - Allowances 17056.00 Núm, de Ident, Patronal Apellido(s) - Last Name(s) 0.00 Employer Ident. No. (EIN) 10. Propinar - Tips 18. Seguro Social Retenido IRIZARRY VARGAS 660433489 Social Security Tax Withheld 0.00 Costo de Cubierta de salud auspiciada 11. Total = 7+8+9+10 Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address por el patrono - Cost of employer-1057.47 sponsored health coverage 17056.00 URB. EL PEPINO CALLE 2 CASA B 66 SAN 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales MOCA, PR 00676 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Reimb. Expenses and Fringe Benefits Medicare Wages and Tips 6. Donativos 0.00 Charitable Contributions Fecha de Nacimiento: Día Mes Año 13. Cont. Rejenida - Tax Withheld Day Month Date of Birth: Year 0.00 17056.00 Patrono: - Employer: 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 0.00 20. Contrib. Medicare Retenida 14. Fondo de Retiro Gubernamental Employer's Name and Mailing Address Indique si la rémuneración incluye pagos Medicare Tax Withheld Governmental Retirement Fund al empleado por: Municipio de Moca 1393.44 247.31 Indicate if the remuneration includes CALLE 1 JOSE CALAZAN 15. Aportaciones a Planes Cualific. payments to the employee for: PO BOX 1571 21. Propinas Seguro Social Contributions to CODA PLANS Social Security Tips MOCA, PR 00676 Servicios prestados por un médico 0.00 cualificado bajo la Ley 14-2017 Número de Teléfono del Patrono Salarios (Ver instrucciones) 0.00 Services rendered by a qualified (787)877-8058 Employer's Telephone Number Exempt Salaries (See instructions) physician under Act 14-2017 Fecha Cese de Operaciones: Añc Mes Servicios domésticos 22. Seguro Social no Retenido 0.00 Cease of Operations Date: Month Year 16 Domestic services en Propinas - Uncollected Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number Social Security Tax on Tips Otros / Others: 0.00 Códig 0.00 W1059661568 0.00 16B Número Control - Control Number Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected 6C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Año: 2018 201801139 Medicare Tax on Tips Save and Double your Money Program 0.00 Fecha de radicación: 31 de enero - Filing Date: January 31 0.00

Jarkel

Reproduced by: Rock Solid Technologies, Inc.